

## تأثیر رفتار درمانی شناختی بر میزان افسردگی دانشجویان غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

نسرین فروزنده\*، معصومه دل آرام\*\*، سید کمال صولتی\*\*\*، فرشته آیین\*، فاطمه دریس\*

### چکیده:

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی بر افسردگی دانشجویان غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بود. روش پژوهش تجربی و جامعه مورد مطالعه کلیه دانشجویان غیر پزشکی (پرستاری، مامایی، هوشبری، اتاق عمل، بهداشت خانواده، بهداشت محیط، رادیولوژی و علوم آزمایشگاهی) دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد بودند. تعداد نمونه ۶۰ نفر بود که به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۳۰ نفره شاهد و مورد قرار گرفتند. ابزار پژوهش آزمون افسردگی بک (Beck Depression Inventory=BDI) و روش آماری آزمون تی زوج و تی مستقل بود. رفتار درمانی شناختی (Cognitive Behaviour Therapy=CBT) به صورت گروهی روی نمونه مورد اجرا گردید، نتایج به دست آمده کاهش معنی داری را در نمره افسردگی بعد از رفتار درمانی شناختی نشان داد، به عبارت دیگر میزان افسردگی بعد از درمان شناختی - رفتاری کاهش چشمگیری پیدا کرد.

واژه های کلیدی: رفتار درمانی شناختی، افسردگی، دانشجویان.

### مقدمه:

حرکتی، خستگی و کاهش انرژی که ممکن است به صورت کاهش عملکردهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی بروز کند، احساس بی ارزشی و گناه، اشکال در تفکر، تمرکز یا تصمیم گیری و افکار خودکشی یا اقدام برای خودکشی از دیگر علائم افسردگی هستند (۲). اطلاعاتی که اخیراً از مطالعات همه گیرشناسی به دست آمده نشان می دهد که اختلال افسردگی جداً

افسردگی امروزه یکی از شایع ترین اختلالات روانی و معضل عمومی زندگی بشر است، به طوری که سرماخوردگی روان پزشکی لقب گرفته است (۱۷). ویژگی اصلی این اختلال یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که طی آن یا خلق افسرده است و یا علاقه و احساس لذت تقریباً در طی همه فعالیتها از دست می رود، تغییر در اشتها یا وزن، خواب و فعالیت روانی

\* عضو هیأت علمی گروه روانپرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد - رحمتیه - دانشکده پرستاری و مامایی - گروه روانپرستاری - تلفن:

۰۲۳۳۵۶۵۴ - ۰۲۳۸۱ داخلی ۲۳۸۱. (تلف مستقیم)

\*\* عضو هیأت علمی گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

\*\*\* عضو هیأت علمی گروه روانپرستاری - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

♦♦♦ عضو هیأت علمی گروه آمار - دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد.

سلامت عمومی جامعه را تهدید می‌کند، به طوری که مؤسسه بهداشت روانی درجه شیوع اختلالات روانی را در طول عمر ۹/۵-۶/۱ درصد گزارش نموده که از این تعداد ۶/۷-۳/۷ درصد دچار افسردگی هستند (۱۲). خطر مادام‌العمر برای اختلال افسردگی در نمونه‌های اجتماعی ۱۰ تا ۲۵ درصد برای زنان و ۵ تا ۱۲ درصد برای مردان است (۱۴).

مطالعات انجام شده در گروه‌های دانشجویی نیز دامنه بالایی از این اختلال را نشان می‌دهد، ترکان در پژوهشی شیوع افسردگی در دانشجویان علوم پزشکی زاهدان را در خانمها ۶۵ درصد و در آقایان ۴۱ درصد گزارش نمود (۷).

نتایج تحقیق احسان زاده میزان شیوع افسردگی در دانشجویان ورودی ۷۲-۱۳۷۰ دانشگاه علوم پزشکی کاشان را ۴۸/۷ درصد گزارش نموده و رشیدی زاویه نیز نشان داد که ۴۸/۶ درصد دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی زنجان مبتلا به افسردگی با درجات مختلف بودند (۹، ۱). از طرفی دانشجویان هر جامعه نیروی انسانی و سازندگان فردای کشور هستند و وجود مشکلات روانی و اختلالات روان‌پزشکی در امور دانشجویان تأثیر جدی داشته، افت تحصیلی و گاهی ترک تحصیل را به دنبال دارد (۱۱). بنابراین با توجه به نرخ بالای شیوع افسردگی در دنیا و نظر به ویژگی و اهمیت بیماری و پیامدهای نامطلوب آن در زمینه روانی، اجتماعی و اقتصادی این اختلال از ویژگی خاصی برخوردار است.

با وجود اینکه بیشتر درمان معمولی و سنتی افسردگی دارویی است ولی در سالهای اخیر پژوهشگران فراوانی، سودمندی و کارایی تدبیرهای غیر دارویی در درمان افسردگی را تأیید کرده‌اند، رفتار درمانی شناختی (CBT) افسردگی امروزه بیش از همه مورد استقبال قرار گرفته است و به گسترده‌ترین وجهی مورد ارزیابی واقع شده و اثر آفرین بوده است این درمان در برگیرنده آمیزش

پیچیده‌ای از متون شناختی و رفتاری است و هدف درمان عبارتست از پیدا کردن راه‌حلهایی برای مسائل بیمار با استفاده از راهبردهای شناختی و رفتاری (۱۷). در این روش روی موقعیتهای فعلی یا زمان حاضر تأکید می‌شود و نقش باورها یا شناختهای غلط و ناسازگارانه مورد توجه کامل قرار می‌گیرد، این روش درمانی روی این فرض استوار است که افکار، عواطف و اعمال و رفتار با هم ارتباط دارند و تحریفهای شناختی در نتیجه یادگیری پیدا می‌شوند و می‌توان از طریق یادگیری آنها را از بین برد (۱۸).

از جمله تحقیقاتی که در این زمینه صورت گرفته می‌توان به تحقیق Lamb و همکاران بر روی دانش‌آموزان افسرده (۲۲)، Fava بر روی بیماران افسرده مقاوم به درمان (۲۱)، Stuarts در بیماران بستری افسرده (۲۵)، Clark.GN در نوجوانان (۱۹)، Thase در بیماران (۲۶)، و Rosselo در جوانان (۲۴)، اشاره کرد که نشان داده‌اند رفتار درمانی شناختی یک درمان مؤثر برای افسردگی است و موجب بهبود علایم افسردگی می‌شود.

در کشور ما دژکام در تحقیقی روی افسردگی دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی آبادان نشان داد افسردگی بعد از مداخلات روانشناختی (شناخت درمانی) کاهش یافته و به رتبه‌های پایین‌تر و طبیعی منتقل گردیده است (۸).

افزایش مراجعه دانشجویان به مراکز مشاوره دانشجویی در سالهای اخیر مؤید وجود مشکلات روانی، اجتماعی و تحصیلی روزافزون در آنها بوده و نیاز به مداخله و ارائه خدمات مشاوره‌ای را طلب می‌کند (۳). افسردگی دانشجویان باعث تلخ شدن زندگی برای آنان و کاهش کارایی‌شان می‌گردد و از میزان موفقیت و پیشرفت آنان کاسته و آنها را از رسیدن به جایگاه ویژه‌ای که انتظار دارند باز می‌دارد به همین دلیل بررسی اختلالات روانی به خصوص افسردگی در آنان و پیشگیری و درمان این اختلال از اهمیت خاصی

دموگرافیک (سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته، ترم و دوره تحصیلی و بومی و غیر بومی بودن) که با استفاده از پرسشنامه بررسی شده بود، با هم همسان بودند. روش انتخاب نمونه به صورت تصادفی ساده و تقسیم آنها به دو گروه شاهد و مورد بر اساس همسان بودن آنها از نظر خصوصیات دموگرافیک بود. نوع مداخلات رفتار درمانی شناختی گروهی بود که در ۸ جلسه دو ساعته در سه گروه ۱۰ نفره به گروه مورد ارائه گردید و بعد از گذشت ۲ هفته از آخرین جلسات رفتار درمانی شناختی، مجدداً کلیه دانشجویان گروه مورد و شاهد با تست افسردگی بک مورد بررسی قرار گرفتند تا بدینوسیله تأثیر CBT ارزیابی شود.

اضافه می‌گردد که جهت کنترل فاکتورهای مداخله‌گر در گروه مورد در طی دو هفته پس از آخرین جلسه CBT، فرمی به آنها داده شد تا وقایع استرس‌زا و خوشایند روزانه خود را ثبت کنند که در طی این مدت زندگی معمول خویش را داشته و تغییری در وضعیت زندگی آنان رخ نداده بود.

#### ابزار پژوهش:

۱- تست افسردگی بک (BDI): این تست برای سنجش شاخصهای وابسته به افسردگی هم برای بیماران روان‌پزشکی و هم برای افراد بهنجار به صورت گسترده‌ای بکار رفته است. این پرسشنامه افسردگی، نگرش منفی نسبت به خود، اختلال عملکرد و اختلال بدشکلی را اندازه می‌گیرد، بررسیهای انجام شده در کشور نشان دهنده اعتبار و روایی بالای این آزمون است و حساسیت و ویژگی آن به ترتیب ۸۲ درصد و ۹۲ درصد می‌باشد (۱۵).

در این پژوهش پرسشنامه ۱۳ سؤالی بک مورد استفاده قرار گرفت. نمره ۰-۴ عدم افسردگی، ۵-۸ افسردگی خفیف، ۹-۱۵ افسردگی متوسط و ۱۶ و بالاتر از آن افسردگی شدید را نشان می‌دهد که در این پژوهش

برخوردار است. از طرفی نتایج تحقیق نور بالا با هدف طرح سلامت و بیماری در ایران و اندازه‌گیری وضعیت سلامت روانی افراد بالاتر از ۱۵ سال جامعه، شیوع اختلال روانی را در کل کشور ۲۱ درصد و در استان چهارمحال و بختیاری با بیشترین شیوع ۳۹/۱ درصد نشان داده است که بیشترین میزان مربوط به اختلال افسردگی بوده است (۱۶). پس با توجه به بومی بودن اکثریت دانشجویان و شرایط خاص فرهنگی - اجتماعی این استان، محروم بودن منطقه و عدم برخورداری از امکانات رفاهی، ورزشی و تفریحی دانشجویان این پژوهش با هدف درک و شناخت دانشجویان افسرده و حل مشکلات آنان به بررسی تأثیر رفتار درمانی شناختی روی این اختلال پرداخته است تا با استفاده از نتایج آن بتوان ضمن ارائه خدمات بهداشت روان همچون مشاوره (از جمله رفتار درمانی شناختی) موجبات ارتقاء سطح بهداشت روان آنان را فراهم نموده و از عوارض و پیامدهای افت تحصیلی قشر جوان و فعال جامعه جلوگیری نمود.

#### مواد و روشها:

این پژوهش یک مطالعه تجربی دو مرحله‌ای (Two phase experimental) است. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشجویان غیر پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد (۸۰-۱۳۷۹) شامل دانشجویان رشته پرستاری، مامایی، هوشبری و اتاق عمل، بهداشت خانواده، بهداشت محیط، رادیولوژی و علوم آزمایشگاهی است.

جهت تعیین میزان شیوع افسردگی ابتدا ۳۱۶ نفر از دانشجویان رشته‌های مذکور با تست افسردگی بک (۱۳ سؤالی) مورد بررسی قرار گرفتند سپس از بین دانشجویان افسرده ۶۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند که ۳۰ نفر در گروه شاهد و ۳۰ نفر در گروه مورد قرار گرفتند. این دو گروه از نظر خصوصیات

جدول شماره ۱: توزیع نمرات تست افسردگی بک

نمرات (BDI)	تعداد	درصد
۰-۴	۸۵	۲۶/۹
۵-۸	۸۷	۲۷/۵
۹-۱۵	۹۷	۳۰/۷
۱۶ و بالاتر	۴۷	۱۴/۹

جدول فوق شیوع افسردگی در نمونه ۳۱۶ نفری را نشان می‌دهد.

BDI=Beck Depression Inventory

### نتایج:

یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین سنی دانشجویان شرکت کننده در مطالعه ۲۰/۴۸ بود که اکثریت آنان زن (۷۷/۲٪)، بومی (۶۲/۷٪)، مجرد (۸۸/۹٪)، دوره روزانه (۷۶/۶٪)، رشته پرستاری (۲۶/۶٪)، و ترم دوم تحصیلی (۳۷/۳٪) بودند.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داد که میزان شیوع افسردگی بین دانشجویان غیر پزشکی ۴۵/۶ درصد می‌باشد که ۳۰/۷ درصد آنان افسردگی متوسط (نمره ۹-۱۵) و ۱۴/۹ درصد آنان افسردگی شدید (نمره ۱۶ و بالاتر از آن) داشتند (جدول شماره ۱).

توزیع نمرات تست افسردگی بک قبل و بعد از درمان در گروه مورد و شاهد در جدول شماره ۲ نشان داده شده است. همچنین نتایج آزمون t قبل و بعد از درمان نشان می‌دهد که میانگین نمره تست افسردگی بک در گروه مورد از ۱۷/۹۵±۵/۲۶ به ۷/۲۷±۳/۶۴ رسیده است (۲/۵ برابر کاهش) و از نظر آماری تفاوت معنی دار بود ( $P<0.001$ )، در حالی که در گروه شاهد از ۱۶/۲۳±۵/۳۹ به ۱۵/۰۹±۶/۶۶ رسیده (کاهش ناچیزی داشته) و از نظر آماری هم تفاوت معنی دار نبود. بنابراین می‌توان گفت که رفتار درمانی شناختی در کاهش میزان افسردگی مؤثر است.

افسردگی متوسط و شدید مد نظر بوده و بررسی شده‌اند. بنابراین نمره ۹ و بالاتر از آن افسردگی محسوب گردید و دانشجویانی که نمره ۹-۱۵ کسب کردند در گروه افسردگی متوسط و نمره ۱۵ و بالاتر از آن به عنوان افسردگی شدید شناخته شد (۲۰، ۱۵).

۲- مداخلات روانشناختی: این مداخلات شامل رفتار درمانی شناختی گروهی است که در ۸ جلسه دو ساعته روی ۳ گروه ۱۰ نفره اجرا گردید. مدت زمان اجرای پژوهش هشت هفته و هفته‌ای یک جلسه دو ساعته برای هر گروه بود. به دلیل گروهی بودن جلسات مدت زمان جلسه گاهی بیش از دو ساعت به طول می‌انجامید. جلسات درمانی به سه مرحله تقسیم شد، مرحله اول، مرحله آموزش (didactic) بود که آزمودنی‌ها شناخت کافی نسبت به افکار خودکار (automatic thoughts)، تحریفات شناختی (cognitive distortions) و ریشه این افکار و ارتباط این افکار با احساس و رفتار پیدا می‌کردند، در مرحله دوم یعنی مرحله شناختی (cognitive) آزمودنی‌ها به شناسایی افکار خودکار خود پرداخته و سنجش و اعتبار این افکار را به چالش می‌گذاشتند و مرحله سوم، یعنی مرحله رفتاری (behavior) که آزمودنی‌ها تکالیف خانگی ارائه شده در جلسات را که شامل ثبت عملکرد روزانه با استفاده از جداول مخصوص CBT در طول فعالیتهای روزانه بود، ثبت کرده و به جلسه درمان می‌آوردند. جداول CBT شامل رویدادهای روزانه، افکار خودکار، تحریفات شناختی، احساس، افکار منطقی، نتیجه‌گیری و آزمون افکار را شامل می‌شد، همچنین از جداول Mastery & Pleasure ( تسلط و لذت) جهت تغییر بیشتر عواطف و آزمون افکار استفاده گردید (۶، ۵). در نهایت برای ارزیابی تأثیر رفتار درمانی شناختی در گروه مورد یا شاهد قبل و بعد از درمان از آزمون "تی زوج" و برای مقایسه تأثیر درمان در گروه مورد و شاهد از آزمون "تی مستقل" استفاده گردید.

جدول شماره ۲: توزیع نمرات تست افسردگی بک قبل و بعد از درمان (CBT) در گروه شاهد و مورد

نمرات	شاهد قبل از آموزش		شاهد بعد از آموزش		مورد قبل از آموزش		مورد بعد از آموزش	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۰-۴	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۱	۳۶/۷
۵-۸	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱۶	۵۳/۳
۹-۱۶	۱۴	۴۶/۷	۱۷	۵۶/۷	۱۸	۶۰	۳	۱۰
۱۶ و بالاتر	۱۶	۵۳/۳	۱۳	۴۳/۳	۱۲	۴۰	۰	۰

همانطور که جدول فوق نشان می‌دهد از ۳۰ نفر گروه شاهد قبل از درمان، ۴۶/۷٪ افسردگی متوسط (نمرات ۹-۱۶) و ۵۳/۳٪ افسردگی شدید (نمرات ۱۶ و بالاتر) داشتند که بعد از درمان به ترتیب ۵۶/۷٪ و ۴۳/۳٪ بوده و نشان از عدم تغییر محسوس در میزان افسردگی آنها دارد، ولی از ۳۰ نفر گروه مورد قبل از درمان ۶۰٪ دارای افسردگی متوسط و ۴۰٪ افسردگی شدید داشتند که بعد از درمان، ۴۶/۷٪ فاقد افسردگی (نمرات ۰-۴)، ۵۳/۳٪ افسردگی خفیف (نمرات ۵-۸) و ۱۰٪ افسردگی متوسط داشتند. این جدول نشان می‌دهد که بعد از درمان در گروه مورد میزان افسردگی کاهش چشمگیری پیدا کرده است (اعداد صفر نشان دهنده عدم وجود افراد در زیرگروه‌های طبقه بندی شده است).

## بحث:

یافته‌های پژوهش نشان داده است که میزان شیوع افسردگی در دانشجویان ۴۵/۶ درصد بوده است که با نتایج به دست آمده از تحقیقات ترکان، احسان زاده و رشیدی زاویه همخوانی دارد (۹،۷،۱)، ولی با نتایج به دست آمده از تحقیقات فلاحی خشک‌ناب در دانشگاه علوم پزشکی تهران که شیوع افسردگی را ۲۴ درصد و بحرینیان که شیوع افسردگی را در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی ۳۶ درصد گزارش نموده (۱۳،۴) متفاوت است، که این تفاوت احتمالاً ناشی از تفاوت فرهنگی، محدودیت دانشجویان شهرستانی و وجود مشکلات اقتصادی است.

باقری یزدی نیز در تحقیق خویش نشان داده است که دانشجویان تهرانی نسبت به شهرستانی‌ها از سلامت روانی بهتری برخوردار بوده‌اند (۳). تحقیق Pudén و همکاران نیز میزان شیوع افسردگی را با تست افسردگی بک در دانشجویان انگلیسی ۳۵ درصد گزارش نموده

است (۲۳). این تفاوت شیوع هم می‌تواند به علت تفاوت محیط فرهنگی و اجتماعی باشد.

همچنین یافته‌های پژوهش نشان داده است که CBT بر افسردگی دانشجویان مؤثر بوده و باعث کاهش شدت افسردگی و حتی بهبودی آنان شده است که با نتایج تحقیقات مشابه در ایران و سایر کشورها همخوانی دارد. تحقیقات Lamb, Rossello و Fava, Clark, GN

Stuarts و Thase که بر روی نمونه‌های مختلف اعم از نوجوانان، جوانان، بیماران سرپایی و بستری صورت گرفته است نشان داده‌اند که رفتار درمانی شناختی درمان مؤثری برای افسردگی می‌باشد (۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۵، ۲۶). دژکام نیز در تحقیق خویش نشان داده است که آموزش روانشناختی (شناخت درمانی) بر افسردگی دانشجویان مؤثر بوده و باعث کاهش افسردگی و بهبودی آن شده است (۵٪)  $(P < ۰.۰۵)$  (۸). پس با توجه به مدل افسردگی بک که معتقد است تجربه در افراد به تشکیل فرضها و طرحواره‌هایی در باره

مثبت و خود افزایش دهنده جابجا سازد در این راهبرد این فرض مطرح می شود که: مددجو می تواند تفکر معیوب خود را با تغییر شناختها و نقطه نظرهاش در باره این نوع تفکر تغییر دهد و بدینوسیله درمان شود (۱۰). بنابراین می توان نتیجه گرفت که CBT یک درمان مؤثر برای افسردگی در گروههای مختلف سنی و در بیماران سرپایی و بستری است و تفاوت فرهنگی هم تأثیر به خصوصی بر روند این درمان و نتایج آن نداشته است. پس با توجه به نتایج پژوهش می توان با گسترش مراکز مشاوره در دانشگاه و انجام تستهای مختلف از نظر سلامت روان دانشجویان و اجرای برنامه های آموزش و درمانهای روانشناختی به خصوص CBT، بهداشت روان دانشجویان را ارتقاء بخشید.

### تشکر و قدردانی:

هزینه این پژوهش توسط معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد پرداخت شده است که بدینوسیله نویسنده مراتب تشکر و قدردانی خویش را اعلام می دارد.

خوابیدن و جهان می انجامد و این فرضها خود در سازمان بندی ادراک و کنترل رفتار مورد استفاده قرار می گیرند، اگر این فرضها انعطاف ناپذیر و افراطی باشند، ناکارآمد بوده و اگر فعال شوند افکار خود آیند منفی را بر می انگیزند که با هیجانهای ناخوشایند مربوط هستند و نشانه های افسردگی را پدید می آورند و هر چه این افکار بیشتر و شدیدتر شوند فرد افسرده تر می شود. شناخت درمان گر این دور باطل را در هم می شکند و بدینوسیله باعث بهبودی افسردگی می شود (۱۸). رفتار درمانی شناختی بر اساس این منطق نظری استوار است که عاطفه و رفتار فرد عمدتاً بر حسب شیوه ساخت یابی جهان از نظر او تعیین می شود این درمان را می توان نوعی حل مسئله در نظر گرفت بیماران با تعدادی مسئله و از آن جمله خود افسردگی به درمان گر مراجعه می کنند، تفکر افسردگی را آنها را از حل این مسائل باز می دارد حال هدف درمان عبارت است از پیدا کردن راه حلهایی برای مسائل بیمار با استفاده از راهبردهای شناختی رفتاری (۱۷). بازدهی شناختی به مدد جو می آموزد تا شناختهای منفی و ناتوان کننده خود را با افکار و اعمال

### منابع:

- ۱- احسان زاده امیر. تعیین درجه افسردگی و ارتباط احتمالی آن با ویژگیهای روانی - اجتماعی دانشجویان ورودی مهر ۱۳۷۰ تا مهر ۱۳۷۲ در نیمسال اول سال تحصیلی ۷۴-۱۳۷۳ دانشگاه کاشان. پایان نامه جهت اخذ دکترای عمومی دانشگاه علوم پزشکی کاشان، ۱۳۷۴.
- ۲- انجمن روان پزشکی آمریکا. DSM-IV راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ترجمه نیکخواه محمدرضا؛ آوادیس یانسن هامایاک؛ نقشبندی سپاسک؛ میرهاشمی مالک؛ غفرانی محی الدین. تهران: انتشارات سخن، جلد اول، ۵۵۳، ۱۳۷۵.
- ۳- باقری یزدی سید عباس؛ بوالهروی جعفر؛ پیروی حمید. بررسی وضعیت سلامت روانی در دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۷۴-۷۳. اندیشه و رفتار ۱(۴): ۳۹-۳۰، ۱۳۷۴.
- ۴- بحرینیان سید عبدالمجید؛ مهاجر مرتضوی؛ کاتوزیان بهروز. بررسی شیوع اختلال افسردگی در دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. خلاصه مقالات سومین کنگره پژوهشهای روان پزشکی و روان شناسی در ایران. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۳۹، ۱۳۷۰.
- ۵- برنز دیوید. شناخت درمانی روان شناسی افسردگی. ترجمه قراچه داغی مهدی. تهران: انتشارات مترجم. ۱۵-۱۰۸، ۱۳۶۹.
- ۶- برنز دیوید. از حال خوب به حال بد. ترجمه قراچه داغی مهدی. تهران: انتشارات آرین کار. ۶-۱۷۱، ۱۳۷۱.
- ۷- ترکان علی. بررسی شیوع و افسردگی در دانشجویان پزشکی زاهدان. پایان نامه جهت اخذ دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان. ۱۳۷۳.



- ۸- دژکام محمود؛ کمیلی ثانی حسین. بررسی تأثیر آموزش اصول شناخت درمانی بر میزان افسردگی دانشجویان پرستاری دانشکده پرستاری مامایی آبادان. مجموعه مقالات پنجمین کنگره پژوهشهای روان پزشکی و روان شناسی در ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۳، ۱۳۷۶.
- ۹- رشیدی زاویه فریبا. بررسی میزان افسردگی دانشجویان دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی زنجان ۱۳۷۹. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان، ۳۶، ۵۴-۴۴، ۱۳۸۰.
- ۱۰- ساعتچی محمود. درمان شناختی. در: ساعتچی محمود. مشاوره و روان درمانی: نظریه ها و راهبردها. نشر ویرایش، تهران: ۱۳۷۴، ۴۲۱-۴۲.
- ۱۱- عکاشه گودرز. بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی سال ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. مجله اندیشه و رفتار. ۵(۴): ۱۶-۱۱، ۱۳۷۹.
- ۱۲- فروزنده نسرين. بررسی میزان شیوع و عوامل مستعد کننده افسردگی پس از زایمان در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهری شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۶. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی اهواز، ۱۳۷۷.
- ۱۳- فلاحي خشکتاب مسعود. بررسی مقایسه ای میزان افسردگی در دانشجویان مقیم و غیرمقیم در خوابگاههای دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان نامه دکترای عمومی دانشکده پزشکی تربیت مدرس، ۱۳۷۰.
- ۱۴- کاپلان سادوک گروپ. خلاصه روان پزشکی، علوم رفتاری - روان پزشکی بالینی. ترجمه پورافکاری نصرت الله. تهران: انتشارات آب. جلد دوم، ۱۳۷۵، ۲۱۷.
- ۱۵- مارنات گری کراث. راهنمای سنجش روانی. ترجمه پاشا شریفی حسن؛ نیکخواه محمدرضا. تهران: انتشارات بدر، ۷۳، ۱۳۷۳.
- ۱۶- نوربالا احمد علی؛ محمد کاظم؛ باقری یزدی سید عباس؛ یاسمی محمد تقی. بررسی وضعیت سلامت روان افراد ۱۵ سال و بالاتر در جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۸. مجله پژوهشی حکیم. ۵(۱): ۱۰-۲، ۱۳۸۱.
- ۱۷- هارتون گرگ؛ سالکوس کیس کلارک. رفتار درمانی شناختی، راهنمای کاربردی در درمان اختلالات روانی. ترجمه قاسم زاده حبیب اله. تهران: انتشارات ارجمند، ۲۶۲، ۱۳۷۶.
- ۱۸- هولون استیون، جیکوبسن ویرجینیا. افسردگی برداشتها و درمان شناختی. ترجمه مهریار هوشنگ. تهران: انتشارات رشد، ۶۸-۵۴، ۱۳۷۳.
- 19- Clark GN.; Rohde P.; Lewinsohn PM.; Hopshseely JR. Cognitive behavioural treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 38(3): 272-9, 1999.
- 20- Cox BJ.; Enns MW.; Larsen DK. The continuity of depression symptoms: use of cluster analysis for profile identification in patient and student samples. J Affect Disord, 65(1): 67-73, 2001.
- 21- Fava GA.; Savoron G.; Grandi S.; Rafanelli C. Cognitive - behavioural management of drug - resistant major depression disorder. J Clin Psychiatry, 58(6): 278-82, 1999.
- 22- Lamb Jacqueline M.; Puskar KR.; Sereika SM.; Corcoran M. School based intervention to promote coping in Rural teens. MCN Am J Matern Child Nurs, 23(4): 186-93, 1998.
- 23- Pudon AR.; Hall LA.; Rayens MK.; Beebe L. Negative thinking mediates the effect of self-esteem on depressive symptoms in college women. Nurs Res, 49(4): 201-7, 2000.
- 24- Rossello J.; Bernal G. The efficacy of cognitive behavioural and interpersonal treatments for depression in puerto rican adolescents. J Consult Clin Psychol, 64(5): 735-45, 1999.
- 25- Stuarts S.; Wright JLT.; Thase ME.; Beck H. Cognitive therapy with inpatients. Gen Hosp Psychiatry, 19(1): 42-50, 1994.
- 26- Thase ME.; Friedman ES.; Berman SR.; Fasiczka-Al; et al. Is cognitive behaviour therapy just a nonspecific intervention for depression? a retrospective comparison of consecutive cohorts treated with CBT or supportive counseling and pill placebo. J Affect Disord, 63-71, 2000.